



# CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN DE IDAHO

## Requisito de Vacunación Escolar

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho apoya firmemente la vacunación como una de las herramientas más sencillas y eficaces para la prevención de enfermedades graves transmisibles. Estas enfermedades prevenibles con vacunas pueden ser graves e incluso causar la muerte. El Departamento también reconoce que los individuos tienen el derecho de decidir si vacunan o no a sus hijos.

**SECCIÓN 1: Lea los siguientes enunciados, marque los cuadros, y ponga su inicial y fecha en cada enunciado respecto a las enfermedades prevenibles con vacunas para las que solicita la exención. Para que sean válidas, se deben llenar las Secciones 1 y 2.**

- |   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Difteria (DTaP, Tdap, Td):</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer difteria. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: complicaciones cardíacas, parálisis, complicaciones respiratorias, coma y muerte.  | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Tétano (DTaP, Tdap, Td):</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer tétano. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: convulsiones, espasmos laríngeos, trastorno neuromuscular y muerte.  | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Pertusis (Tosferina) (DTaP, Tdap):</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer pertusis. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: neumonía, convulsiones, inflamación cerebral, complicaciones neurológicas y muerte.  | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Polio:</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer polio. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: parálisis, discapacidad permanente y muerte.  | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Sarampión (MMR):</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer sarampión. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: neumonía, encefalitis, convulsiones y muerte.   | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Paperas (MMR):</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer paperas. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: meningitis, inflamación de los testículos u ovarios, esterilidad, pancreatitis, sordera y muerte.   | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Rubéola (MMR):</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer rubéola. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: encefalitis, artritis y neuritis. La infección congénita puede causar sordera, defectos cardíacos, retraso mental, daño al hígado o el bazo y muerte. | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis B:</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer hepatitis B. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: ictericia (piel u ojos amarillos), problemas hepáticos de por vida como fibrosis y cáncer hepático y muerte.  | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Varicela:</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer varicela. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: infecciones graves en la piel, neumonía, daño cerebral, encefalitis y muerte.   | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Antecedentes de varicela:</b> Mi hijo ya tuvo varicela, pero <u>no</u> lo diagnosticó un médico. No acepto que mi hijo reciba la vacuna de varicela y por tanto solicito una exención filosófica de este requisito.   | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis A:</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene un mayor riesgo de contraer hepatitis A. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: ictericia (piel u ojos amarillos), hospitalización e incluso la muerte.   | Inicial _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Meningococo:</b> Entiendo que al no recibir esta vacuna, mi hijo tiene una mayor riesgo de contraer una enfermedad meningocócica. Los síntomas y efectos graves de esta enfermedad son: daño neurológico, sepsis, cicatrización permanente o pérdida de los miembros y muerte.  | Inicial _____ | Fecha _____ |

Continúe con la  
Sección 2

**SECCIÓN 2: Seleccione UNO de los siguientes tipos de exención para las vacunas marcadas arriba.**

**EXENCIÓN MÉDICA** (Esta exención requiere de la firma de un médico certificado)

Como médico de \_\_\_\_\_, certifico que la condición física de este niño es tal que las vacunas marcadas en la Sección 1 podría poner en riesgo su vida.

Esta exención médica es permanente.

Esta exención médica es temporal. Duración de la exención temporal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por la presente solicito que este niño sea exento de los Requisitos de vacunación de Idaho School Children (IDAPA 16.02.15) debido a una condición médica para la que se contraindican las vacunas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico (LETRA DE MOLDE)                      Firma del médico                      Licencia médica #                      Fecha

Como padre/tutor de \_\_\_\_\_, entiendo que en caso del brote de una enfermedad, mi hijo puede ser excluido de la escuela mientras dure el brote, por su bien y el de los demás. Acepto haber leído en su totalidad este documento y haberlo entendido plenamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE)                      Firma del padre/tutor                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del niño exento (LETRA DE MOLDE)                      Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

**EXENCIÓN RELIGIOSA**

Como padre/tutor de \_\_\_\_\_, certifico ser miembro de una organización religiosa cuya doctrina se opone a la vacunación por los siguientes motivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que en caso del brote de una enfermedad, mi hijo puede ser excluido de la escuela mientras dure el brote, por su bien y el de los demás. Acepto haber leído en su totalidad este documento y haberlo entendido plenamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE)                      Firma del padre/tutor                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del niño exento (LETRA DE MOLDE)                      Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

**EXENCIÓN FILOSÓFICA**

Como padre/tutor de \_\_\_\_\_, me niego a que mi hijo reciba la(s) vacuna(s) marcada(s) en la Sección 1 de este formulario por los siguientes motivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que en caso del brote de una enfermedad, mi hijo puede ser excluido de la escuela mientras dure el brote, por su bien y el de los demás. Acepto haber leído en su totalidad este documento y haberlo entendido plenamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE)                      Firma del padre/tutor                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del niño exento (LETRA DE MOLDE)                      Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)